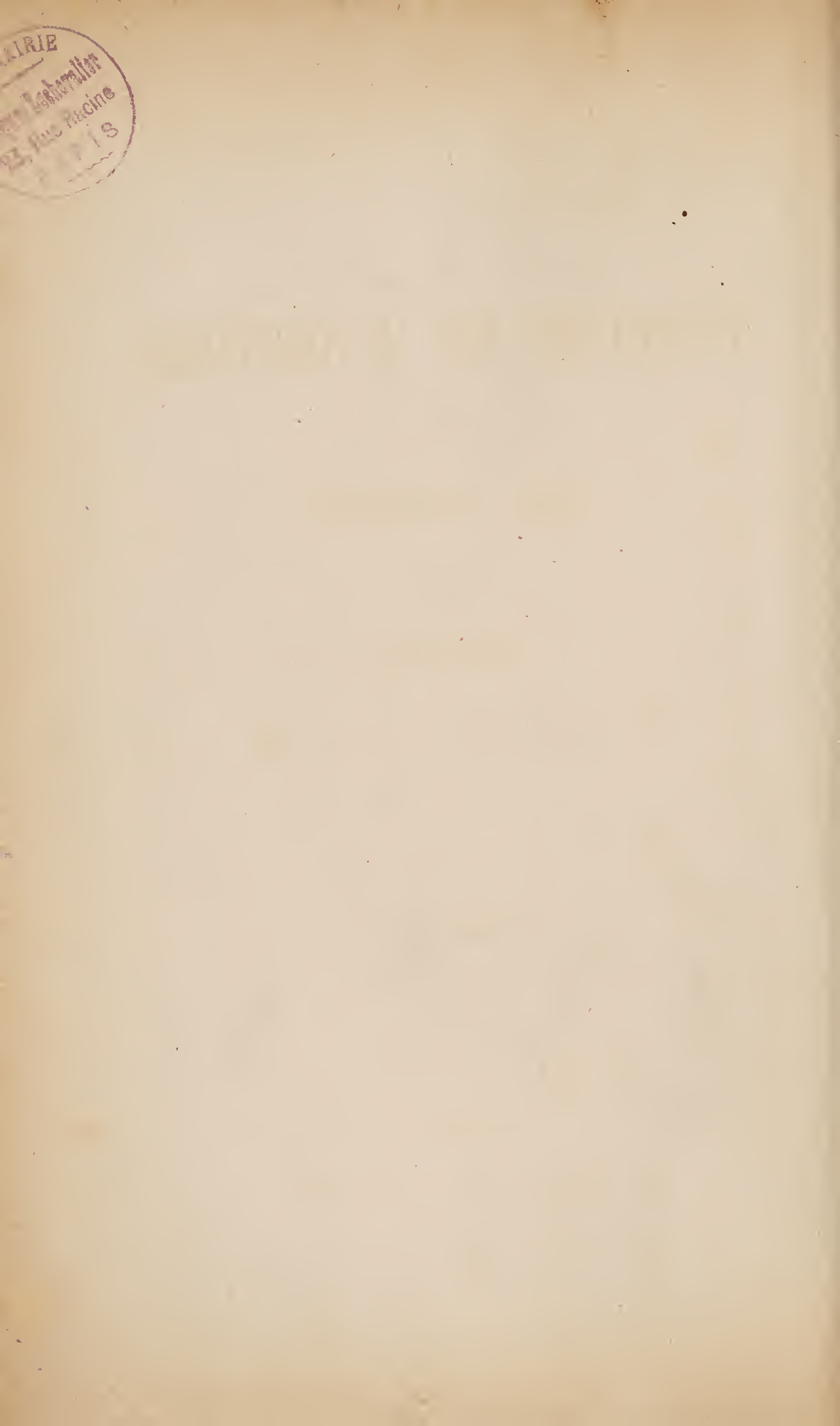
échot,

tumeurs de l'urèthre chez la femme.


AIRIE
Rue Racine

586

DES

TUMEURS DE L'URÈTHRE

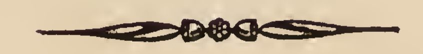
CHEZ

LA FEMME

PAR

BRÉCHOT

DOCTEUR EN MÉDECINE



PARIS

A. DERENNE, ÉDITEUR

52, boulevard Saint-Michel, 52.

1876

DES

TUMEURS DE L'URÈTHRE

CHEZ LA FEMME

En entreprenant l'étude des tumeurs de l'urèthre chez la femme, nous n'avons pas eu la prétention d'élucider complètement ce point de pathologie ; son histoire générale aurait besoin de recherches prolongées pour s'élargir et se féconder. Notre but a été d'en résumer les divers éléments, d'en donner un exposé aussi complet que peut le permettre l'état de la science, d'en établir nettement et d'après l'analyse fidèle des observations connues, le diagnostic et le traitement.

HISTORIQUE.

Avant Boyer, ces tumeurs étaient décrites sous les noms de *fongosités, de carnosités* de l'urèthre. D'après Dollez (th. de Paris, 1866), les auteurs du siècle dernier et du commencement de celui-ci les ont signalées confusément, et beaucoup d'entre eux n'avaient affaire qu'à des polypes de la vessie ; c'étaient Warner, Stanley, A. Cooper, M. A. Petit.

La première observation se trouve dans *le Traité des*

maladies chirurgicales de Boyer et voici comment il s'exprime à leur sujet : « Il se développe quelquefois sur un « point du contour du méat urinaire et plus souvent sur « la partie inférieure que dans le reste, une excroissance « fongueuse, rouge, saignante, très-douloureuse par le « frottement, et quelquefois par le contact de l'urine. Elle « est rarement très-volumineuse. »

Toutefois Churchill mentionne quelques exemples rapportés par Sharp (1750), Morgagni (1751), Hughes de Strond-Water (1768), (Médical faits and observations, vol. II, p. 26) Blomfield (Chirurg. observat. v. II p. 296). Warner, Jenner, Clarke (Diseases of females v. I. p. 289) Wardrop (Lancet, t. XIII, p. 784), Rosenmüller, Vogel, Kaldebrand, Drokaska.

Depuis, un certain nombre de mémoires et d'observations furent publiés sur les polypes de l'urèthre.

Gerdy, dans sa thèse de concours sur les polypes, (1833), cite un fait important emprunté à Sporleder.

En 1834, la Gazette Médicale publie plusieurs observations de Larcher et de Rufz.

A cette même époque, la question était reprise en Angleterre dans *the Cyclopedia of pratical médecin.* — t. IX, p. 399 — London 1835).

Velpeau leur donne le nom de polypes, dans une leçon clinique, publiée par Barthez (journal hebdomadaire 1836) : il y redresse des erreurs qui furent commises au sujet des polypes uréthraux.

A partir de cette époque nous trouvons des documents assez nombreux :

Espézel. (*Bulletin général de thérapeutique médico-chirurgicale*, 1843).

Da Camin. *Gazette médicale*, (1843).

La thèse de Bavoux (*Strasbourg* 1844), contient huit observations, dont cinq de Schutzenberger.

Schutzenberger en publie plusieurs exemples (*Gazette médicale de Strasbourg*, 1844).

Riberden opère un épithéliome de l'urèthre (1844).

A. Forget donne une courte monographie dans le *Bulletin de thérapeutique* (1844), p. 431.

Un fait de Maisonneuve paraît dans la *Gazette médico-chirurgicale*, mai 1846.

Un autre de Thore, dans la *Gazette médicale* (1847).

Carru donne une observation dans la *Gazette des Hôpitaux*, (1849).

Jusqu'à l'année 1855 on rencontre quelques citations dans les publications médicales ; aucune ne parle de la structure de ces polypes : il faut arriver à la note de M. Verneuil pour savoir qu'un grand nombre d'entre elles ne sont autres que des papillômes. (Verneuil, Sur la structure des tumeurs papillaires de l'urèthre ; octobre 1855, note lue à la Société de Biologie).

A. F. Henry (th. de Paris, 1858) cite des exemples et adopte les idées de M. Verneuil.

Cette même année 1855, Demarquay pratiquait l'ablation d'une tumeur de l'urèthre chez une vieille femme, après avoir au préalable sectionné la paroi postérieure du canal (*Gaz. des Hôpitaux*, 6 septembre 1855).

Giraldès fut le premier qui ait indiqué l'existence des tumeurs folliculeuses au sujet d'une petite fille qu'il pré-

senta à la Société de Chirurgie (1865) : la discussion qui s'en suivit élucida le mode de formation et d'accroissement de ces tumeurs qui furent admises à partir cette époque.

Lemoine, (thèse de Paris, 1866) en fait la base de son travail et subdivise les polypes de l'urèthre en papillaires et folliculeux.

Quelques années plus tard, M. le professeur Richet s'occupait spécialement des tumeurs vasculaires du méat ; il leur donnait le nom d'hémorrhoïdes uréthrales, dans une leçon clinique, publiée par M. Filhol, son interne, en 1872, (*Gaz. des Hôpitaux*).

M. Dupin fait paraître une thèse en 1873 sur ces tumeurs hémorrhoïdales de l'urèthre.

La thèse la plus récente est celle de Ménetrez (1874) : elle contient des faits observés dans les services de MM. Gosselin, Trélat, Tillaux ; les idées de M. le professeur Trélat sur les tumeurs de l'urèthre y sont clairement exposées. Un examen histologique pratiqué par M. Ranvier fait reconnaître dans un de ces néoplasmes la présence d'éléments embryonnaires; enfin, la méthode de traitement par le galvano-cautère qu'emploie avec succès M. Trélat, y est décrite minutieusement.

Les autres travaux ou observations qu'on pourra consulter sont :

Boivin et Dugès, 1 cas.

Stœss de Strasbourg, 1 cas.

Journal de Malgaigne. t. XVII, 2 observations.

Riberi (Arch. gén. de médecine) 1 cas.

Ph. Boyer dans les annotations qu'il a faites à l'ouvrage de son père en rapporte 5 observations.

Gazette de Verrier, 20 juin 1874, p. 165 (hypertrophie papillaire de l'urèthre).

Paolo Malgo (1853) 1 cas de prolapsus (cité par Nepveu).

Les thèses de Paris de Velten (1862), Thévenin (1869).

Wedl *Pathological histology* § 4 p. 408.

Bryant. Communication relative à la préparation 2092 de Guy's hospital museum.

Rizzoli, mémoire de 1873.

Arthur W. Edis (the. British médical journal, 4 avril 1874).

Le mémoire récent de M. Hergott de Nancy contient des réflexions et des vues intéressantes sur la question du traitement. (*Annales de gynecologie* 1874. *Nouveaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies de la vessie chez la femme).*

Les différents traités sur les maladies des femmes s'étendent assez brièvement sur les tumeurs de l'urèthre ; nous avons cependant trouvé des renseignements très-utiles dans l'ouvrage de M. Guérin (Traité des maladies des organes génit. externes).

FRÉQUENCE.

Les tumeurs de l'urèthre se rencontrent surtout chez des jeunes femmes, au-dessous de 29 ans (Henry, Th. de Paris); l'époque moyenne, d'après M. Guérin, oscille entre 25 et 30 ans ; les tumeurs douloureuses proprement dites affectent les femmes de 19 à 25 ans. On en a observé plu-

sieurs fois chez des jeunes filles : Guersant signale un polype chez une enfant de 10 ans ; la thèse de Larcher donne deux observations relatives l'une à une jeune personne de 15, l'autre à une jeune fille de 8 à 10 ans. La malade de Giraldès n'avait que 3 ans, et dans la discussion qui s'éleva à ce sujet à la Société de Chirurgie, il émit l'hypothèse que cette tumeur pourrait bien être congénitale.

Passé l'âge adulte, ces tumeurs sont relativement plus rares : Henry en cite 4 au-dessus de 30 ans ; l'observation de Demarquay a trait à une femme de 72 ans; Dollez (Th. de Paris) donne l'observation d'une malade de 70 ans, et M. Trélat en a observé un cas chez une vieille femme de 75 ans. Le plus souvent alors on a affaire à des tumeurs malignes, dont la récidive est assez fréquente.

ÉTIOLOGIE.

Nélaton prétend qu'il est impossible de connaître l'origine des polypes de l'urèthre, à l'exception cependant des carnosités dépendant d'une inflammation chronique de ce canal. Toutefois, les auteurs s'accordent à reconnaître un certain nombre de causes physiques qui se rapportent pour la plupart à des irritations locales : telle paraît être l'action de la blennorrhagie dont la coïncidence est signalée dans un certain nombre d'observations (Velten en donne 6) ; elle a précédé quelquefois les tumeurs de l'urèthre et elle agit alors au même titre que toute autre cause irritante : c'est l'avis de A. Forget, de Thore, de Caudmont. Pour Scanzoni, l'uréthrite chronique serait la source fréquente de ces diverses productions morbides.

Observation I.

De Velpeau, publiée par Barthez (*Journal hebdomadaire* 1836). résumée.

Une jeune fille de 16 ans et demi, entre pour une blennorrhagie et de nombreuses végétations à la vulve.

On constate une tumeur de l'urèthre en pratiquant une cautérisation.

Observation II (*Schutzenberger*) *résumée.*

Marie H..., 23 ans, est atteinte d'une blennorrhagie uréthro-vaginale; il existe une petite tumeur à l'entrée du méat ; on la traite par la ligature.

Observation III (*Schutzenberger*)

Ursule W.., 18 ans, présente un écoulement uréthro-vaginal, avec chancre et bubon.

Deux mois après son entrée, on remarque une tumeur implantée sur la paroi postérieure de l'urèthre. Excision.

La masturbation semble avoir été en cause dans un nombre assez imposant d'observations, et souvent on constate alors un développement exagéré du clitoris. Quant au coït, on admet que sa répétition trop fréquente peut engendrer des tumeurs de l'urèthre. Bavoux (Th. de Strasbourg) met en jeu la compression exercée par le pénis, mais il est évident que cette compression porte principalement sur la paroi supérieure, laquelle repose sur un plan osseux.

D'après M. Courty, l'acte viril ne contribue pas à la formation de la tumeur, mais il en augmente la douleur et peut-être le volume.

Ce n'est pas tant le coït pratiqué normalement qui doit être incriminé, mais bien les tentatives résultant de la bru-

talité et de l'ignorance. Tel est le cas observé par Küss de Strasbourg d'une femme traitée à la clinique des vénériens et chez laquelle il y avait eu substitution de l'orifice de l'urèthre à celui du vagin par suite d'un obstacle à l'accomplissement normal de l'acte génésique. Cette femme portait des végétations en grand nombre à l'entrée du méat : de plus, elle était atteinte d'une fistule uréthro-vaginale qui lui permit de devenir enceinte. Huguier tenait grand compte des obstacles au coït et particulièrement de l'étroitesse extrême de la vulve et de la persistance infranchissable de l'hymen. L'observation XI de Lemoine communiquée par Huguier, parle d'une femme qui finit par avouer qu'elle avait fait des tentatives pour substituer l'orifice uréthral à celui du vagin. La tumeur, d'après l'examen de M. le professeur Gubler, était un adénôme.

Un autre ordre de causes résulte de la constitution même de la muqueuse uréthrale : elle possède à sa face profonde un lacis vasculaire très-riche, capable de se congestionner sous des influences multiples. L'afflux sanguin pendant la période d'activité de la vie de la femme, a été invoqué dans beaucoup de cas, afflux provoqué naturellement par l'apparition des époques menstruelles. Toutefois, c'est principalement vers la vieillesse ou l'âge de retour qu'il se fait une stase veineuse du côté des organes pelviens. Barnes cite des cas de tumeurs observées surtout à l'âge critique et chez des femmes qui ont été mariées.

La grossesse rentre également dans cette catégorie de causes mécaniques.

On a souvent considéré l'accouchement comme point de départ de ces tumeurs : on connaît du reste l'influence de

la grossesse sur le développement des hémorrhoïdes anales.

Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter pour compléter ces données étiologiques, le passage suivant de la clinique de M. le professeur Richer (1872), publiée par le docteur Filhol, alors interne de son service.

« Les femmes sont plus souvent que nous soumises à
« l'obligation de conserver longtemps leurs urines. Leur
« vessie est par suite constamment distendue ; les plexus
« veineux du col sont comprimés, ainsi que les veines qui
« viennent s'y rendre, d'où la difficulté souvent très-grande
« du retour du sang veineux de la membrane muqueuse
« et des parois du canal uréthral. Mais il y a d'autres
« causes encore de ce retard dans la circulation des veines
« uréthrales, et une des plus importantes à noter est la
« fréquence de l'antéflexion de l'utérus qui est, comme
« nous l'avons dit tout-à-l'heure, la position presque nor-
« male de l'utérus. Cette position s'exagère souvent par
« engorgement de l'organe, et cette pression de l'utérus
« s'ajoute alors à la distension de la vessie pour gêner la
« circulation en retour. Enfin, l'une des causes les plus
« importantes est l'état de grossesse, ou bien la présence
« d'un de ces myômes utérins, si fréquents chez les femmes
« qui ont passé l'âge de 30 ans. »

On a beaucoup discuté autrefois pour savoir quelle pouvait être exactement la relation qui existait entre ces tumeurs et la syphilis. Velpeau y voyait une liaison de cause à effet, et cependant il cite un cas dans lequel, sous l'influence d'un traitement spécifique, la syphilis guérit sans que la tumeur diminuât. L'observation IV de Schützen-

berger a trait à une malade que le traitement mercuriel n'a pu guérir de sa tumeur.

Observation IV. (*Schutzenberger*).

Marguerite V..., âgée de 22 ans, a été atteinte au mois de septembre 1843, d'un écoulement avec douleur très-vive lors de l'émission de l'urine. Le 13 septembre 1843, elle entre à la Clinique, affectée de chancres et de deux bubons, offrant de plus une tumeur uréthrale Le traitement mercuriel guérit les bubons et les chancres, mais n'a pas d'influence sur le polype qu'on enlève par excision.

Nous avons mentionné l'opinion de M. le professeur Richet relative à l'action qu'exercerait l'antéflexion du col sur les plexus veineux de l'urèthre ; il est probable que les corps fibreux peuvent être appelés à jouer un rôle quelconque dans la formation des tumenrs uréthrales au même titre que l'antéflexion. Leur coïncidence est notée dans plusieurs observations, entre autres, dans celle de Huguier, citée par Lemoine.

Observation V, (Huguier) *résumée.*

Il s'agit d'une femme de 22 ans chez laquelle la palpation du ventre fait reconnaître une tumeur énorme ; il existe en même temps plusieurs polypes à l'urèthre. La colonne antérieure du vagin est indurée et comme fibreuse.

Les polypes opérés en décembre, ont reparu dans le mois d'avril.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous décrirons successivement dans ce chapitre :

1° L'hypertrophie de la muqueuse ;

2° Son prolapsus ;

3° Les tumeurs papillaires ;

4° Les tumeurs folliculeuses ;

5° Les tumeurs vasculaires.

Nous donnerons ensuite l'observation d'un fait dont nous n'avons pas trouvé de descriptions dans les auteurs.

Hypertrophie. — L'hypertropie de la muqueuse uréthrale consiste dans un épaississement de toutes les tuniques de cette membrane, portant principalement sur le bord postérieur du méat urinaire au niveau de cette crète, saillante à l'état normal, qui a reçu le nom de veru-montanum.

M. Guérin croit qu'on l'a souvent décrite comme une forme de polypes. Huguier lui assigne comme point de départ à peu près constant, le veru-montanum.

Elle occupe surtout la demi-circonférence postérieure du méat, qui figure assez bien un croissant à concavité tournée en avant et situé sur un plan plus élevé que la demi-circonférence supérieure. M. Lemoine insiste avec soin sur cette disposition qu'il signale comme très-commune. Puis l'hypertrophie s'accroît, gagne la demi-circonférence antérieure, et finit par occuper entièrement le pourtour du méat : c'est alors qu'on a l'occasion d'observer l'extension du travail hypertrophique sur toute la longueur du canal, qui fait un relief appréciable à travers la paroi antérieure du vagin. Cette lésion, bien étudiée par Clarke, résulterait surtout d'un épaississement du tissu cellulaire péri-uréthral s'accompagnant d'un état variqueux des veines de la paroi postérieure de l'urèthre. Celui-ci forme une saillie mollasse dans le vagin, qui présente la forme d'un croissant à concavité dirigée en avant.

Le bourrelet du méat n'est pas toujours aussi régulier, et parfois, sur un point de la circonférence, une des parties atteint un développement plus considérable ; il se forme des mamelons, qui parfois se pédiculisent ; ou bien, on trouve une tumeur qui siége à la fois sur la paroi postérieure de l'urèthre et sur le devant de la colonne antérieure du vagin, et qui peut être considérée comme appartenant à la fois au vagin et à l'urèthre.

Le plus souvent cachée dans l'intervalle des nymphes, elle peut faire saillie et proéminer dans leur intervalle, sous forme d'un mamelon rouge vif, framboisé.

La muqueuse qui recouvre cette excroissance se continue sans aucune interruption, sans aucune différence de couleur, avec celle du canal. Elle atteint parfois un certain degré de turgescence qu'elle partage avec le reste de la muqueuse, principalement au moment des règles et pendant la grossesse : cette turgescence normale sur la muqueuse saine, existera à plus forte raison si tous ses éléments sont hypertrophiés.

L'épithélium pavimenteux normal la recouvre ; mais si les frottements viennent à produire des excoriations, la surface plus ou moins mise à vif est le siége d'un léger suintement, et la tumeur devient douloureuse.

Observation VI (de Lemoine).

Eugénie Capron, 27 ans, née à Saint-Maure.

A 22 ans, à la suite d'un premier accouchement, la malade souffre un peu au niveau du méat. Consécutivement apparaît une tumeur qui, en deux ou trois mois, atteint à peu près le volume qu'elle a maintenant.

La demi-circonférence inférieure du méat a considérablement augmenté de volume. Elle représente une sorte de croissant irrégulier et mamelonné. A droite, la corne antérieure du croissant se prolonge en une petite tumeur arrondie. Toute la tumeur est d'une couleur rosée, analogue à celle des parties avoisinantes.

La malade se plaint de douleurs dans les reins et le bas-ventre que l'on peut parfaitement rapporter à l'utérus, car cet organe est en antéversion ; le col hypertrophié présente des granulations.

Pas de gêne de la miction.

Pas d'écoulement sanguin.

Prolapsus. — La muqueuse du méat peut subir une sorte de renversement qui porte le nom de *prolapsus*, lorsqu'il a lieu sur toute sa circonférence.

On a comparé cette lésion à la chute du rectum, et l'on a invoqué pour toutes deux le même mécanisme ; il existe toutefois entre ces deux membranes une différence essentielle au point de vue des glissements qu'elles peuvent exécuter sur la couche sous-jacente. En effet, tandis que pour le rectum la tunique muqueuse est unie par un tissu cellulaire lâche à la couche musculeuse, sur laquelle, même à l'état sain, elle peut s'invaginer, la muqueuse de l'urèthre, d'après Cruveilhier, fait corps avec la couche musculeuse à laquelle elle adhère intimement.

La muqueuse prolabée se présente sous la forme d'une tumeur régulièrement circulaire, sans pédicule, offrant au centre un orifice à travers lequel pénètre la sonde, et qui se continue directement avec le reste du canal uréthral. Ces tumeurs sont facilement réductibles ; d'après Henry, il en est parfois qu'on ne peut faire rentrer et qu'on pourrait confondre avec des hypertrophies, ce qui du reste n'en-

traînerait aucun inconvénient au point de vue du traitement, le même dans les deux cas.

Lorsqu'une tumeur, développée dans l'intérieur de l'urèthre, proémine au méat, elle entraîne fréquemment une portion de la muqueuse, mais cette lésion se confond avec celle qui lui donne naissance, et ne rentre pas, à vrai dire, dans ce qu'on est convenu d'appeler le prolapsus.

Observation VII.

Communiquée à l'Académie de chirurgie, par M. Sernin, chirurgien de l'hôpital de Narbonne (*Bulletin thérapeutique et médical, t.* XXV, 1843).

Une jeune fille de onze ans était sujette depuis sa cinquième année, à de fréquentes difficultés d'uriner. Le chirurgien, ayant examiné la vulve, y trouva un corps cylindrique, rouge, charnu en apparence, percé à son extrémité et saillant de quatre pouces hors des grandes lèvres. Ce corps naissait immédiatement du méat urinaire et paraissait être un prolongement de la membrane interne de l'urèthre. Pour mieux s'en assurer, Sernin engagea la malade à uriner. A l'instant, cette tumeur se gonfla comme si on l'eût soufflée, l'urine sortit en même temps par un petit jet qui continua quelques secondes après que le besoin eut cessé. On excisa cette portion flottante de membrane muqueuse ; la guérison fut prompte et facile.

Observation VIII.

Guersant, *Gazette des hôpitaux*, 1841.

Au n° 19 de la salle Sainte-Thérèse est couchée une petite fille nettement tuberculeuse. Au niveau du méat se trouve une tumeur rouge, rappelant par son aspect celui de la chute du rectum. Ouverture centrale par où une sonde arrive facilement dans la vessie.

Tumeurs papillaires. — Les tumeurs papillaires existent d'habitude aux environs du méat : elles se développent aux dépens des papilles vasculaires qui s'y trouvent disséminées à l'état normal. Au début, elles ressemblent assez aux granulations de certaines conjonctivites ; parfois isolées, souvent multiples, elles offrent une couleur rouge vif, violacée ; rarement leur volume dépasse celui d'une lentille ou d'un pois chiche, et leur caractère clinique est souvent une douleur intolérable qui leur a fait donner par M. Guérin le nom de polypes douloureux. Leur évolution se fait très-lentement.

Elles peuvent occuper toutes les parois de l'urèthre indistinctement.

Leur structure a été mise en lumière par M. le professeur Verneuil : nous extrayons le passage suivant du mémoire qu'il a lu à la Société de Biologie en octobre 1855 :

« Les polypes de l'urèthre chez la femme me paraissent
« devoir être anatomiquement rangés dans la classe des
« hypertrophies papillaires et dans la variété si remar-
« quable par le grand développement des vaisseaux.....
« Ce fait vient compléter la série des altérations de ce
« genre qui s'observent sur toutes les muqueuses garnies
« de papilles. Les polypes, (nom impropre et fondé seu-
« lement sur une configuration externe), les polypes de
« l'urèthre chez la femme se rangent donc à côté des ver-
« rues, des condylômes, des végétations du prépuce et du
« gland, etc... »

M. Verneuil n'a pu y découvrir de filets nerveux, de sorte qu'on pourrait croire qu'ils ne sont douloureux que par l'action qu'ils exercent sur les parties voisines.

Wedl les décrit surtout au point de vue de la quantité considérable de vaisseaux qu'ils renferment (Pathological histology § 4 p. 403).

Velten donne l'examen histologique d'une de ces tumeurs pratiqué par M. Luys. Elle s'était développée aux dépens du tissu conjonctif sous-muqueux, avec hypergenèse des fibrilles du derme, se propageant au corps des papilles : on y trouvait des éléments capillaires très-abondants et de nouvelle formation.

Ces descriptions se rapportent aux papillômes *bénins* ; la variété dite *maligne,* caractérisée cliniquement par la récidive, est décrite avec détail par Ménetrez, au sujet d'une tumeur enlevée par M. Tillaux. L'examen microscopique est dû à M. Ranvier.

Les pièces ont été examinées après durcissement dans l'alcool ; on les a placées dans le carmin une demi-minute, puis, après un lavage dans l'eau distillée, elles ont été étudiées dans le mélange suivant :

Glycérine.	100 gr.
Acide formique	1 —

« A un faible grossissement, (30 diamètres), on voit à la « périphérie une couche épithéliale, colorée en rose, « épaisse et sinueuse, qui limite des papilles de forme « variée.

« Le corps de ces papilles et le centre de la tumeur « avec lequel elles se confondent par leur base, sont cons- « titués par du tissu muqueux, avec un grossissement de « 400 diamètres; l'épithélium, partout pavimenteux stra- « tifié, est disposé en couches lamelleuses à la surface et « au sommet de la tumeur. Tandis que, vers la partie

« moyenne et le point d'implantation, au lieu d'être « lamelleuses, elles sont vésiculeuses et remplies de ma- « tières muqueuses.

« Le tissu muqueux des papilles et le centre de la tu- « meur contiennent des cellules lymphatiques et des vais- « seaux conifères en travers et en long, complétement « organisés vers le sommet de la tumeur, et embryonnaires « à la base.

« En résumé, cette tumeur est un polype muqueux, « papillaire, dont le développement se fait surtout au point « d'implantation. Il est probable que l'irritation qui pro- « duit ce développement actif, existe aussi dans la mu- « queuse. »

Un nouvel examen fut pratiqué, car il y eut plusieurs opérations. En voici le résultat :

« Stroma fibreux, riche en cellules embryonnaires et en « vaisseaux sanguins. Il possède à la surface des papilles « de forme et d'étendue variables, dont quelques-unes « sont volumineuses. »

Dans une conférence clinique (mars 1873), M. Trélat disait que les polypes vasculaires, que les tumeurs érectiles de l'urèthre, sont le plus souvent des tumeurs papillaires qu'on reconnaît surtout à la surface vasculaire du canal, lorsqu'ils sont cachés.

En résumé, les papillômes de l'urèthre sont fréquents ; dans la vieillesse, ils contiennent souvent des éléments embryonnaires qui aggravent singulièrement le pronostic ; les papillômes bénins sont très-vasculaires et ne contiennent pas de filets nerveux.

Il nous reste à signaler les hypertrophies papillaires du

méat que M. Guérin décrit dans l'uréthrite, et qui rentrent dans la description de cette maladie.

Tumeurs folliculeuses. — Dollez les a décrites pour la première fois dans sa thèse (Paris, 1866) ; il divise les polypes de l'urèthre en deux sections, suivant qu'ils se développent aux dépens des papilles qui avoisinent le méat, ou des follicules disposées obliquement et qui prédominent à la partie moyenne de la muqueuse.

Un article du *Cyclopedia of pratical médecin* en confirme l'existence.

Les follicules uréthraux, entourés d'un tissu cellulaire assez lâche peuvent subir facilement un accroissement de volume ; ils refoulent d'abord les aréoles du tissu cellulaire, puis à mesure que leur développement fait des progrès, ils repoussent les parois de l'urèthre. La tumeur une fois constituée, ou bien se développe sur place, et donne lieu à des accidents particuliers, ou tend à s'avancer vers le méat ; les unes adhèrent par une large base à la muqueuse, d'autres l'entraînent sous la forme d'un pédicule qui s'effile et qui représente en général le volume d'une plume de corbeau.

En 1865, Giraldès présenta à la Société de chirurgie une tumeur de l'urèthre qu'il considéra comme étant de nature folliculeuse ; quelques jours après l'excision, on reconnut que l'urèthre était dilaté et que la muqueuse était recouverte d'une masse pulpeuse qui fut excisée en même temps que la tumeur ; celle-ci était transparente, gélatineuse, et l'examen microscopique y démontra l'hypergenèse des follicules mucipares.

D'après Giraldès, il y aurait d'abord rétention du mucus,

puis hypergenèse des follicules, et production d'une tumeur qui, d'abord logée dans la cavité du canal, finit par irriter la région papillaire.

Ces tumeurs qu'on pourrait comparer aux polypes muqueux des fosses nasales, s'insèrent généralement à la paroi inférieure de la muqueuse; peu douloureuses, le plus souvent uniques, elles atteignent un volume plus considérable que les tumeurs papillaires ; elles sont molles, rouges, rarement violacées et turgescentes.

L'observation suivante peut se rapporter à un cas de cette nature : Lemoine pense qu'il y avait hypertrophie des follicules mucipares ; la sonde fut introduite probablement dans un de ces follicules où elle s'était arrêtée comme dans un cul-de-sac. Cette opinion semble plus rationnelle que celle de l'auteur de l'observation qui l'attribue à un renversement de la muqueuse.

Observation IX.

De Sanson, de Chaunay, rapportée par Malgaigne. (Journal t. XVII).

La femme L..., âgée de 24 ans, d'une bonne constitution, de petite stature, d'un tempérament sanguin, mariée depuis trois ans, enceinte pour la seconde fois, accoucha d'un enfant mâle, bien portant, au mois d'avril dernier. Cinq jours après sa délivrance, cette femme se levait, vaquait aux soins de son ménage, et se rendait encore tous les jours chez une personne du voisinage dont elle faisait les gros ouvrages. Huit jours après être relevée de couches, elle se plaignit d'un bouton qui lui était survenu à l'orifice externe du canal de l'urèthre, et qui non-seulement gênait l'émission des urines, mais lui occasionnait un prurit et des cuissons insupportables. La sage-femme qu'elle consulta lui prescrivit le repos, des bains de siége, mais elle ne la visita pas. Deux jours après, l'urine était tout-à-fait retenue. La sage-femme en

la visitant cette fois, fut toute étonnée de trouver au-dessus de l'orifice du vagin et occupant la plus grande partie du vestibule, une tumeur du volume d'une grosse noix, rose, transparente, et qu'elle comparait à la membrane albumineuse de l'œuf non encore recouverte de sels calcaires. M. le docteur Hutin fut appelé, et en face d'une affection si étrange, il désira avoir mon avis. Nous procédâmes donc ensemble à un examen minutieux.

La tumeur était mobile et portée par un pédicule étroit qui semblait s'insérer à la paroi antérieure de l'urèthre. Bien plus, la face inférieure de la tumeur était parcourue, à partir du méat urinaire, par un repli de trois millimètres environ de largeur. Cet examen causa peu de douleur, et la malade ne se plaignait pour le moment que de la rétention d'urine. J'essayai de la sonder, portant la sonde au-dessous de la tumeur; mais je trouvai l'abord du canal, de ce côté, d'une si grande sensibilité et dans un état d'éréthisme tel, que je cherchai un passage moins douloureux. Il m'avait paru voir au centre de la tumeur, une petite ouverture toute semblable à l'orifice externe de l'urèthre chez une enfant du premier âge. J'essayai donc d'y porter ma sonde qui, en effet, chemina jusqu'à 4 ou 5 centimètres de profondeur, mais sans pouvoir aller au-delà. Afin de calmer l'éréthisme du canal, nous fîmes mettre la malade dans un bain, et au sortir du bain, elle fut sondée sans difficulté par notre confrère, M. Morlet.

Le lendemain, nouvelle rétention, et cette fois, M. Morlet ne put faire pénétrer la sonde. Il suffit de relever fortement la tumeur pour surmonter la difficulté.

Mais la rétention durait toujours, et il était manifeste que la présence de la tumeur était sinon la seule cause, au moins la cause principale des accidents. Après avoir attendu près d'une semaine avant de se décider, soit pour l'excision, soit pour la ligature, celle-ci fut enfin préférée et pratiquée par M. Morlet. Dès le même jour, la malade urina d'elle-même pour la première fois, et deux jours après la tumeur était tombée et la guérison assurée.

Qu'était-ce que cette tumeur? Le repli qui la longeait à sa face inférieure, l'orifice dont elle était percée et qui me permit d'introduire

ma sonde à plusieurs centimètres de profondeur, sans parler de sa couleur et de la place qu'elle occupait, tout cela ne tend-il pas à démontrer que c'était un renversement de la muqueuse uréthrale? Affection rare, sans doute, mais dont on trouve un exemple curieux, communiqué par Sernin à l'Académie Royale de Chirurgie (Traité des maladies des voies urinaires, de Chopart, t. I, p. 397).

Tumeurs vasculaires. — Il résulte de la richesse en vaisseaux de la muqueuse de l'urèthre qu'on a très-souvent rencontré dans ses tumeurs une grande prédominance de l'élément vasculaire. Mais il existe des productions morbides dans lesquelles l'élément principal est représenté par des vaisseaux sanguins dont l'aspect simule complétement celui des hémorrhoïdes de l'anus. Hutchinson, à leur sujet, emploie le premier l'expression d'hémorrhoïdes uréthrales, et les compare à celles de l'anus (Encyclopédie de Holins. Traduct. française, 1839 p. 65).

John Burns admet que l'urèthre est quelquefois rétréci par un état variqueux de ses vaisseaux (Traité d'accouchements, 1837, 9me édition).

M. le professeur Richet en a fait l'objet de plusieurs leçons cliniques, et leur a donné définitivement le nom d'hémorrhoïdes uréthrales, qui traduit principalement leur évolution symptomatique, sans rien préjuger de leur structure.

L'examen microscopique de Wedl semble se rapporter à une tumeur de cette nature : il décrit des ramifications analogues aux vasa vorticosa de la choroïde, et ajoute :

« La structure des parois vasculaires était des plus simples et tout-à-fait identique avec celle des capillaires ordinaires ; le sang s'était épanché par places dans le paren-

chyme et l'on voyait çà et là des mouchetures d'une couleur brunâtre (sang coagulé) réunies en assez grande abondance (Wedl's, pathological histology, édition of Sydenham society, p. 408).

Henry dans sa thèse les compare déjà à des tumeurs hémorrhoïdales.

Wiliam Roe a eu l'occasion de traiter quatre tumeurs vasculaires de l'urèthre chez des femmes de 39, 46, 30 et 29 ans; deux guérirent par l'excision de la tumeur, deux par la torsion suivie d'une application d'acide azotique (Voir *Irish' hospital Gazette*, p. 259, 1872).

Deux tumeurs de cette nature ont été observées par Rizzoli, l'une chez une femme de soixante ans, l'autre chez une fille de neuf ans.

Ménetrez (thèse de 1874) divise les polypes de l'urèthre en deux catégories: les tumeurs folliculaires et les tumeurs papillaires ; il passe sous silence les végétations hémorrhoïdales dont M. Dupin a fait une étude consciencieuse, sous l'inspiration de M. le professeur Richet (Paris, 1873).

Ces tumeurs, d'un rouge violacé, tendues, rénitentes, deviennent turgides à l'époque des règles ou sous l'action d'un effort brusque ou prolongé : aussi peut-on les reconnaître plus facilement après avoir fait marcher quelque temps la malade ou lui avoir fait garder la station debout.

On les rencontre surtout au bord du méat, sous l'aspect de végétations frangées, irrégulières, rarement pédiculées, souvent divisées en plusieurs lobes, festonnées, représentant assez bien la configuration des hémorrhoïdes anales. Le méat forme une saillie au lieu du renfoncement qui existe à l'état normal, et si l'on n'était prévenu de cette

disposition, on s'exposerait à commettre une erreur en suivant pour le cathétérisme le procédé classique. Le lacis veineux de la muqueuse uréthrale est fortement distendu et communique une couleur violacée à la couche qui le recouvre ; cette stase veineuse peut s'étendre jusqu'au col de la vessie, et par le toucher vaginal, il donne au doigt la sensation d'un cylindre spongieux, qui, du veru montanum remonte vers le cul-de-sac antérieur.

Le col de l'utérus est assez souvent en antéversion, et la présence d'un corps fibreux plus ou moins volumineux a été notée dans plusieurs observations.

La coexistence de bourrelets hémorrhoïdaux à l'orifice anal est un fait presque constant. Toutefois, leur origine ne doit pas toujours être imputée à la cause qui provoque l'apparition des tumeurs uréthrales.

L'observation V de Lemoine nous montre chez une femme de 68 ans, des hémorrhoïdes à l'anus coïncidant avec une tumeur de l'urèthre, rouge et divisée en deux portions ; la tumeur était formée d'une couche épithéliale et d'un derme dans lequel existaient des anses vasculaires nombreuses. La trame était constituée par du tissu conjonctif entremêlé de fibres élastiques fines.

M. Dupin admet à la suite de M. le professeur Richet que les tumeurs décrites sous le nom d'hypertrophies papillaires ne sont que le second degré des tumeurs vasculaires, et que presque toujours l'état variqueux en serait le point de départ. Nous croyons cette opinion trop exclusive : l'existence de papillômes bénins ou malins n'a pas été affirmée au hasard par MM. Verneuil, Trélat, Ménetrez etc. ; la thèse de Lemoine établit d'une manière irréfutable l'hy-

pertrophie de la muqueuse en tant que processus distinct; enfin les tumeurs folliculeuses ont été souvent observées depuis Giraldès, d'où il suit que nous ferons rentrer les hémorrhoïdes de l'urèthre dans un cadre plus modeste que celui que leur assigne M. Dupin.

Comme pour les autres tumeurs, les pressions ou les frottements peuvent amener une destruction de l'épithélium, et la surface rouge-vif de la tumeur est le siége d'un léger suintement séro-sanguinolent.

Le spasme du sphincter uréthral serait presque constant, d'après les observations de M. le professeur Richet.

Tumeurs épithéliales. — Assez fréquentes à la vulve, il est rare qu'elles occupent exclusivement le méat urinaire au niveau duquel on les a rencontrées. Nous les citons pour mémoire n'ayant pu en trouver d'observations complètes. Riberi en opéra une en 1844 chez une femme de 58 ans : la récidive fut rapide et causa la mort. De même, une malade de Rizzoli mourut quelque temps après l'opération. Cesare Bursi a donné l'examen microscopique d'une tumeur de cette nature enlevée sur une femme de 36 ans ; il y eut guérison complète.

Tumeurs cancéreuses. — Le cancer de la vulve et du vagin débute rarement sur ces organes d'une façon primitive, et les lésions qui siégent sur le canal uréthral résultent surtout de la propagation du travail morbide vers le canal.

Brayne de Banbury (Transactions of the provincial medical and surgical association. v. IV), signale la présence au méat d'une tumeur encéphaloïde de onze livres, lobulée, qui coïncidait avec une dégénérescence analogue de l'utérus.

Nous mentionnerons la variété hypertrophique de l'esthiomène qui, formée d'abord par des élevures tuberculeuses, pourrait débuter aux abords du méat. D'après M. Guérin l'esthiomène qui envahit en profondeur commence par les muqueuses, et peut se manifester en premier lieu sur les bords du méat.

Les autres tumeurs qu'on a trouvées dans cette région sont : des *névrômes* : petits, nodulaires, ils peuvent exister sous la muqueuse (Barnes p. 745) ; Simpson les a décrits. Barnes signale également des tumeurs verruqueuses, très-pâles, fermes, demi-transparentes, ressemblant à la chair de poisson et coïncidant fréquemment avec une hypertrophie des nymphes, du clitoris, etc.

Des tumeurs *fibro-celluleuses :* Rizzoli en cite un cas sur une petite fille.

Le même chirurgien a eu l'occasion d'enlever un *fibro-myôme* chez une femme de 40 ans. West, Kiwish, Paget, citent des cas analogues.

L'observation XI de Lemoine se rapporte à une tumeur examinée par M. Gubler, et qui fut reconnue pour un *adénôme*.

M. Normann (Churchill) cite une observation où toute la surface du canal était recouverte d'excroissances qui en avaient complétement changé l'aspect.

Nous donnons ici la relation d'un fait dont nous n'avons pas trouvé de description dans les auteurs : ne sachant à quelle variété de tumeurs le rapporter nous préférons nous abstenir d'hypothèses; cette observation nous a été communiquée par M. Rondot (Edouard) interne des hôpitaux, qui l'a

recueillie l'année dernière dans le service de M. Nicaise, à la Maison municipale de santé.

Observation X.

Madame B..., 28 ans, entre à la maison Dubois le 16 mai 1875, pour se faire soigner d'une maladie de matrice. Elle se plaint de douleurs vives à la région hypogastrique, qui s'exaspèrent à la suite de la marche ou d'une fatigue prolongée.

Depuis un an, elle a constaté au fond de ses urines un dépôt safrané, rougeâtre, comme de la poussière, mais n'a jamais expulsé de graviers.

Femme anémique, embonpoint précoce. N'a pas eu d'enfants.

Leucorrhée vaginale peu abondante.

En pratiquant le toucher, on constate que l'utérus est porté légèrement en antéversion ; il empiète un peu du côté ganche.

Le col, assez gros, est dévié à droite et regarde un peu en arrière.

Orifice petit, sans déchirure.

Culs-de-sac libres.

Avec le spéculum on découvre une érosion superficielle, d'un rouge vif, et plusieurs points saillants comme des têtes d'épingle, surtout vers la lèvre postérieure.

A l'orifice, bouchon vitreux, adhérent. M. Nicaise diagnostique une folliculite du col avec catarrhe du corps.

Des injections émollientes, des grands bains tous les deux jours, plusieurs applications de teinture d'iode amènent rapidement une amélioration notable. Les douleurs persistent et affectent les caractères de névralgie iléo-lombaire ; on les calme au moyen d'injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine.

On prescrit de plus une bouteille d'eau de Vichy par jour.

Le 4 juin, en écartant la vulve, M. Nicaise constate qu'il existe au niveau du méat urinaire une petite tumeur. Elle est située au devant de la colonne antérieure du vagin et s'implante largement, sans pédicule, sur la paroi postérieure de l'urèthre avec laquelle elle se continue. Son volume ne dépasse pas celui d'une noisette. Elle se limite nette-

ment sur tout son contour. De consistance dure, elle ne présente pas de fluctuation.

Sa couleur est exactement celle de la muqueuse, elle est rosée, et ne tranche pas sur les parties voisines. La surface est lisse sans trace d'orifices.

Cette tumeur n'est pas douloureuse à la pression : la malade ne s'en est jamais aperçue. Elle se rappelle avoir eu un abcès dans cette région il y a un an, mais il lui est impossible d'en préciser le siége.

Le 25, elle s'inquiète d'un léger mal de bouche : on ne trouve absolument rien à la gorge ; on lui fait porter le doigt sur la région douloureuse ; c'est la partie postérieure de la langue : les papilles qui dessinent le V lingual sont notablement hypertrophiées.

Le 30, M. Nicaise plonge la pointe d'un bistouri au centre de la tumeur : il s'en écoule un liquide épais et noir comme de la terre de Sienne ; de consistance poisseuse, il ne dégage aucune odeur. Au microscope, on n'y trouve que des granulations moléculaires.

Quelques jours plus tard, il n'existe pas de traces de l'incision : le col, d'un rose pâle, ne présente plus qu'un seul point de folliculite. Le catarrhe utérin a complétement disparu.

SYMPTOMES ET MARCHE.

Nous avons déjà décrit les signes physiques qui caractérisent chacune des variétés de tumeurs qui se rencontrent dans le canal de l'urèthre. On pourrait les diviser suivant leur siége, en tumeurs du méat, tumeurs du centre du canal, tumeurs avoisinant le col vésical. Les premières sont faciles à reconnaître : on aperçoit un petit corps saillant à la place de la situation normale du méat. La coloration varie du gris rougeâtre au rouge foncé ; il est simple, à surface lisse, ou bien présente des sillons qui le séparent en plusieurs lobes : tantôt ce sont des granulations papillaires

de la grosseur d'une tête d'épingle comme dans l'uréthrite chronique ; d'autres fois une seule tumeur, de la grosseur d'un grain de chénevis, se montre à la partie postérieure du méat : ou bien ce sont des bourrelets frangés, violacés, turgides, qui masquent en partie l'entrée de l'urèthre. Le méat peut être dissimulé par la tumeur, de sorte qu'il faut la repousser avec le doigt ou avec un stylet, ce qui permet en même temps de reconnaître son point d'implantation. Nous avons déjà dit que la paroi postérieure en était le siége le plus fréquent.

L'hypertrophie du véru-montanum se présente sous l'aspect d'une tumeur sessile, qui se continue directement avec la colonne antérieure du vagin et qui se prolonge sans interruption avec le plan de la muqueuse uréthrale.

L'hypertrophie portant sur les bords du méat occupe d'abord sa demi-circonférence postérieure et repousse l'orifice un peu en avant ; plus tard, elle s'étend pouvant en occuper tout le pourtour.

Le prolapsus a l'aspect d'une tumeur régulière : on l'a comparé au col utérin dont l'orifice serait représenté par le méat, qu'on trouve toujours à son centre. Le plus souvent il est facilement réductible, en exerçant sur la partie saillante, avec l'index, une pression graduelle vers la profondeur du canal.

Par cet exposé succinct, nous voyons que les tumeurs du méat se présentent avec des signes qui en rendent le diagnostic facile, lorsqu'elles sont situées à son pourtour ou à l'entrée du calibre de l'urèthre : les hémorrhoïdes, le prolapsus, certaines tumeurs papillaires, etc. sont dans ce cas. Mais un grand nombre de papillômes, de la variété dite

douloureuse, en particulier, s'implantent à huit ou neuf millimètres de l'orifice, sur une des parois du canal, la postérieure en général. Guidé par les symptômes fonctionnels, le médecin doit la rechercher, et dans ce but, l'introduction d'une sonde ou d'un stylet est nécessaire. Le calibre est subitement interrompu par un obstacle dont il est difficile de préciser la nature : il faut alors, soit avec des pinces, soit avec un dilatateur préputial de Thibault, écarter les parois du canal ; on peut alors procéder à l'exploration de visu jusqu'à une certaine profondeur : c'est ainsi qu'on a trouvé deux ou plusieurs tumeurs implantées sur les parois. Dans quelques cas, le canal se laisse dilater facilement et le doigt permet d'apprécier directement les signes nécessaires pour assurer le diagnostic. L'observation suivante de Schutzenberger est intéressante en ce qu'il existait deux tumeurs avec une dilatation marquée du méat.

Observation XI.

Barbe Hœnsler est âgée de 23 ans et porte une tumeur uréthrale dont elle ne peut indiquer l'origine ; seulement elle affirme que sa mère s'est aperçue de son existence déjà avant l'époque de la puberté. La tumeur et la paroi inférieure de l'urèthre font une saillie de près de deux centimètres à l'extérieur, si bien que l'orifice vaginal est en partie caché par cette saillie. Allongée, aplatie, adhérente par une base assez large, la tumeur est libre, arrondie, et plus volumineuse en bas ; elle est lobulée, un des lobules est plus dur que le tissu même de la tumeur principale. Profondément, de la paroi supérieure de l'urèthre, se détache une seconde tumeur également aplatie, elle est libre et flottante dans l'étendue de près d'un centimètre ; sa largeur est de cinquante à soixante millimètres.

Ces tumeurs saignent facilement; l'orifice du canal est largement dilaté; le doigt indicateur y pénètre sans peine, et arrive facilement à la vessie. Le canal uréthral est évidemment raccourci. La malade retient bien ses urines; leur excrétion n'est pas douloureuse; mais la tumeur, lors du coït, est parfois très-douloureuse et saigne facilement. Cette malade fut opérée par excision; la tumeur ne s'est pas reproduite.

On peut juger en même temps de leur volume, de leur consistance, de leur vascularisation plus ou moins grande. Il est aussi très-important de constater l'état anatomique de la muqueuse dans leur voisinage; elle est tantôt normale, tantôt injectée, et alors ses vaisseaux lui communiquent une teinte sombre, ardoisée, qu'il est toujours utile de ne pas négliger; car, elle suffirait dans certains cas, pour M. Trélat, pour se prononcer sur la nature vasculaire d'une tumeur de l'urèthre.

L'introduction de la sonde permet encore de préciser s'il existe une contraction spasmodique du canal, qui, dans les hémorrhoïdes, serait si fréquente, d'après M. le professeur Richet. Nous devons dire cependant que dans la majeure partie des observations qu'il nous a été donné de lire, nous avons souvent trouvé mentionnée la dilatation du canal, ou son accès facile au doigt de l'explorateur; et cela même dans les polypes douloureux. Il en résulte que les troubles du côté de la miction ont été attribués presque toujours à l'obstacle mécanique que pouvait apporter la tumeur à l'expulsion de l'urine, et jamais à une contraction spasmodique des fibres musculaires du canal. Il n'y aurait guère que dans les tumeurs hémorrhoïdales que ce spasme serait la cause principale, efficiente, ou de la rétention complète, ou de la dysurie.

Nous avons dit que les tumeurs folliculeuses se développaient de préférence sur la paroi postérieure, au centre du canal, et, en général, dans un lieu plus éloigné du méat que les productions papillaires ou vasculaires. Les tumeurs qui siégent à ce niveau peuvent rester longtemps inaperçues, et ce n'est que par les signes fonctionnels, et en particulier par les troubles urinaires, que le médecin pratique le cathétérisme : il rencontre un obstacle, et c'est alors seulement qu'il apprend l'existence d'une tumeur dont il a à rechercher le volume, le point d'implantation : les unes sont sessiles, les autres se rattachent à la muqueuse par un pédicule souvent assez allongé. De consistance molle, elles cèdent à la pression, glissent sous la sonde, se dérobant pour ainsi dire à l'examen, ressemblant en cela aux polypes des fosses nasales auxquels on les a comparées. On a vu la sonde s'engager dans leur intérieur et faire croire qu'on entrait dans la vessie (Observation IX).

C'est dans ces cas qu'on a pu trouver une dilatation de l'urèthre en arrière de la tumeur et qu'on peut expliquer de la même façon que les dilatations ordinaires qui siégent à la partie postérieure des rétrécissements. Dans un premier degré, la muqueuse est soulevée en masse, la tumeur se forme une poche dans l'épaisseur de la paroi ; plus tard elle tend à se porter vers le méat, au niveau duquel on l'a vue faire une saillie appréciable.

En parlant du traitement, nous aurons l'occasion d'insister sur les services que rendrait la dilatation méthodique pour reconnaître, au moment de l'opération, les caractères physiques d'une tumeur profondément située dans l'urèthre.

Les tumeurs qui prennent leur point d'implanta-

tion au niveau du col sont extrêmement rares ; elles tendent alors à remonter vers la vessie ; leurs signes fonctionnels ont des caractères assez tranchés : leur exploration physique doit être faite suivant les mêmes règles que pour le centre du canal. La difficulté du reste augmente avec la profondeur de la région qu'elles occupent.

Le toucher vaginal doit toujours être pratiqué, et ce n'est souvent qu'après n'avoir retiré de cet examen aucune notion pour le diagnostic, qu'on pense à l'urèthre comme siége des lésions que les malades rapportent en général à l'utérus.

D'autres fois, le doigt porté dans le vagin reconnaît une saillie anomale correspondant à la colonne antérieure, saillie qui se prolonge jusqu'au col de la vessie : il est probable dans ce cas que les parois de l'urèthre sont hypertrophiées ou que les plexus veineux subissent une distension exagérée, ou bien encore qu'il existe autour de l'uréthre un épaississement du tissu conjonctif que Clarke a décrit sous le nom d'inflammation péri-uréthrale.

Plusieurs observations mentionnent cette particularité :

Observation XII (de Lemoine) *résumée.*

A la salle Henri, numéro 30, se trouve couchée la femme Gallois, âgée de 58 ans.

Trois accouchements ; ménopause à 52 ans. Commence à souffrir en urinant à 45 ans.

Opérée pour deux tumeurs.

Depuis quatre ans, miction douloureuse ; écoulement sanguin après a marche.

Il existe une tumeur du méat, à surface irrégulière, rouge foncée, peu sensible.

« L'ouverture du vagin est rétractée, déprimée en entonnoir ; les caroncules myrtiformes dures, rigides, et l'on peut sentir au niveau de la paroi antérieure du vagin, le canal de l'urèthre faisant saillie et formant comme un cylindre résistant. »

On constate à l'anus la présence d'hémorrhoïdes.

Observation XIII (Lemoine) *résumée.*

Femme de 63 ans, 2 enfants ; ménopause à 45 ans.

Début de la tumeur à 52 ans.

Miction douloureuse ; perte de sang.

La tumeur se divise en deux portions, rouges, saignant au contact.

Orifice anal entouré d'un bourrelet hémorrhoïdal.

« Le *doigt pénètre* assez difficilement dans le vagin... »

La colonne du vagin, dure, résistante, forme une saillie très-prononcée.

Si la tumeur siége vers la partie moyenne de l'urèthre, on peut la sentir en portant le doigt profondément vers le plan antérieur : il n'est pas rare que la malade accuse une douleur à la pression qui permet de déterminer le siége d'une production anormale. Enfin, en plongeant le doigt dans le cul-de-sac antérieur, on aura souvent l'occasion, comme le rapporte M. Richet, de déterminer une douleur vive à la pression contre le pubis. Du reste, on devra toujours chercher à pratiquer un examen minutieux, si l'on songe que des tumeurs donnant lieu à des phénomènes assez tranchés, ont pu néanmoins passer longtemps inaperçues de praticiens exercés.

On trouvera fréquemment dans une antéflexion, l'origine d'une stase sanguine dans la muqueuse de l'urèthre, qui se traduira par la présence au méat de bourrelets hémor-

rhoïdaux : les corps fibreux peuvent amener le même résultat.

On s'assurera, en outre, qu'il existe ou non des hémorrhoïdes à l'anus.

Symptômes fonctionnels. — Nous savons déjà que certaines tumeurs uréthrales ne se traduisent durant la vie par aucun phénomène particulier, on en a constaté dans plusieurs autopsies dont les malades ne s'étaient jamais aperçues ; c'est quelquefois par hasard, dans la pratique, qu'on les reconnaît, soit qu'elles évoluent à l'état latent, soit que les manifestations dont elles sont l'origine n'attirent pas spécialement l'attention des malades qui les rapportent à l'utérus ou plus rarement à la vessie.

Les tumeurs folliculeuses rentrent dans cette catégorie. De plus, c'est un fait d'observation que les femmes d'un certain âge sont moins exposées aux papillômes douloureux, dont la moyenne de développement oscille entre 19 et 25 ans, d'après M. Guérin. D'habitude, les accidents débutent à l'improviste, sous l'influence d'une cause occasionnelle, lorsqu'il s'agit de tumeurs volumineuses ; pour celles qui ne dépassent pas la grosseur d'un petit pois et qui déterminent des douleurs intolérables, les phénomènes observés ne peuvent se rattacher à des causes physiques de même ordre.

Les phénomènes douloureux causés par les tumeurs de l'urèthre varient à l'infini : souvent on constate une simple sensation de pesanteur dans les aines, à l'hypogastre, plus accentuée après la marche, à la suite d'un effort, et surtout aux époques menstruelles. A un degré plus marqué la malade accuse des tiraillements dans le bas-ventre, qui se

propagent tantôt vers les reins, tantôt vers la partie supérieure des cuisses.

Le plus souvent les premières douleurs se manifestent à l'occasion des rapprochements sexuels : c'est un signe assez important et qui possède une grande valeur pour conduire au diagnostic. Tantôt la douleur est tolérable, tantôt elle apporte un obstacle insurmontable au coït. Certaines tumeurs sont douloureuses sans qu'aucune cause intervienne pour les rendre plus sensibles ; quelques-unes ne le deviennent qu'à leur seconde période, alors que l'épithélium est détruit et que la su face du produit morbide excoriée, mise à vif, subit davantage l'impression d'un contact ou des frottements. Henry fait cependant observer que bon nombre de tumeurs sont douloureuses tout en conservant intacte leur couche épithéliale.

Les tumeurs douloureuses proprement dites sont parfois d'une sensibilité incroyable au contact ; on a vu le sommeil anesthésique supprimer toutes les sensibilités et l'impression produite par le toucher persister pendant l'administration du chloroforme. Tel est le cas suivant que nous empruntons à M. Guérin (page 386).

Observation XIV.

Une jeune fille affectée d'un de ces polypes, étant à la veille de se marier, consulta mon ami le docteur Jacob, qui voulut bien me demander mon avis. Ayant soumis la malade aux inspirations du chloroforme, nous réussîmes à éteindre la sensibilité de la surface cutanée de tout le corps ; mais quand nous voulûmes toucher le polype pour l'exciser, la jeune fille poussa un cri qui nous indiqua de la manière la plus incontestable que ce point du corps s'était soustrait à l'anesthésie. Les bonds qu'elle faisait nous obligèrent à continuer l'action

du chloroforme, mais vainement; car le polype ne perdit rien de sa sensibilité et nous fûmes forcés de l'exciser et d'en pratiquer la cautérisation au milieu des mouvements les plus violents de la malade.

Une femme dont parle Boyer (T. V, Observ. V. Traité des maladies chirurgicales) éprouvait des douleurs tellement fortes qu'en se couchant sur le côté, elle plaçait son poing ou une serviette pliée en plusieurs doubles entre ses cuisses.

Dans ces cas le siége exact de la douleur est difficile à préciser tant la malade redoute les froissements et les mouvements.

Le canal de l'urèthre, au voisinage du méat, est quelquefois dans un état d'éréthisme tel qu'il est difficile ou même impossible d'enfoncer une sonde dans le canal. Il y a là une sorte de spasme sur lequel M. Richet appelle l'attention, et qui coïnciderait toujours avec les hémorrhoïdes. Chez la plupart de ses malades, M. Richet a trouvé un point douloureux en appuyant profondément contre l'arcade du pubis le doigt préalablement introduit dans le vagin. La profondeur à laquelle la malade rapporte cette douleur est un indice du siége de la tumeur, et lorsque celle-ci tend à remonter vers le col de la vessie, les sensations pénibles qu'elle éprouve feraient croire facilement à l'existence d'une cystite ou de calculs vésicaux.

Aux douleurs se joignent généralement des troubles de la miction, qui varient, suivant chaque malade, sans règle précise, sans qu'on puisse toujours saisir une relation directe de cause à effet entre le produit pathologique qui obstrue le canal et la manière dont s'accomplit l'excrétion urinaire.

Tantôt le jet d'urine est normal, tantôt il est divisé, sui-

vant deux directions ; parfois il est dévié légèrement en avant ou sur les côtés ; ou bien l'émission volontaire est normale, mais quelques gouttes sortent après, involontairement.

Quoi qu'il en soit, il y a généralement gêne, difficulté pour uriner ; en l'absence de douleurs, c'est surtout le seul symptôme accusé par les malades. Souvent on est consulté pour une rétention complète remontant à un ou plusieurs jours : l'observation de Sanson en est un exemple remarquable ; la femme dont il parle ne put uriner qu'après l'opération. Le plus souvent la rétention n'est pas complète, la vessie conserve son ressort, et ne se vide qu'incomplétement ; ou bien la distension arrivant à des limites qu'elle ne peut dépasser, l'urine s'écoule par regorgement. Il n'est pas rare d'observer l'incontinence consécutivement aux différents troubles apportés à la miction par les tumeurs de l'urèthre : on l'a notée dès le début, et une malade de Lemoine qui en était affligée, la conserva après l'opération.

En voici l'observation :

Observation XV.

La nommée Thérèse Ballière, 34 ans, journalière, née à Danois (Seine-et-Oise), est entrée le 8 juin 1855, salle Saint-Martin, n° 44.

Bonne santé jusqu'à il y a deux ans.

Un seul accouchement, il y a quatre ans.

Il y a deux ans, à la suite de grandes fatigues, survinrent des envies fréquentes d'uriner, chaque fois avec de vives douleurs, et bientôt avec du sang.

L'exploration ne fait rien reconnaître dans la vessie.

Cet état se prolonge fort longtemps. Grands bains ; cataplasmes ; application de sangsues.

Vers la fin de février 1865, incontinence d'urine ; en même temps apparition d'une petite tumeur à l'orifice du méat urinaire.

Le 8 juin, la malade est enceinte de cinq ou six mois ; elle perd continuellement ses urines. Lorsqu'elle est assise sur son lit, l'urine cesse de couler pendant une demi-heure environ ; puis si la malade se met debout, l'urine s'échappe en abondance ; plus de douleur du reste.

Si on veut sonder la malade, on rencontre immédiatement au niveau du méat, une petite tumeur, faisant saillie, de forme allongée, molle, rougeâtre. La tumeur s'oppose à l'introduction de la sonde. On ne peut pénétrer dans la cavité vésicale qu'en contournant la tumeur par en bas. L'insertion a lieu à la paroi supérieure, près du méat.

En pénétrant dans la vessie, on sent une surface irrégulière, fongueuse ; l'urine qui s'écoule est en petite quantité, trouble, mélangée à du sang et du pus.

Cette exploration ne produit du reste aucune douleur.

Le 12 juin, excision de la tumeur avec des ciseaux. L'excision est précédée d'une sorte de torsion du pédicule faite avec une pince.

Pas d'écoulement sauguin consécutif. L'incontinence persiste encore quand la malade part pour le Vésinet.

Dans la majorité des cas, cette incontinence est consécutive à la dilatation prolongée de la vessie ou bien à celle du canal de l'urèthre, il se peut même que lorsque cette dernière siége à la partie moyenne du canal, quelques gouttes y séjournent après l'émission.

Un phénomène assez curieux est celui qu'on a constaté dans plusieurs faits de prolapsus de la muqueuse : dans l'observation VII, il est dit que la tumeur se gonfla comme si on l'eût soufflée, à la suite d'un effort pour uriner ; l'urine sortit en même temps par un petit jet qui continua quelques secondes après que le besoin eut cessé...

On a plusieurs fois noté du ténesme vésical : une femme dont parle M. Blot n'osait sortir à cause de ses envies fréquentes d'uriner.

Les urines sont le plus souvent normales ; toutefois, quelques observateurs ont pu se laisser induire en erreur par un dépôt ou une teinte trouble qui leur faisait croire à une inflammation de la vessie, soit primitive, soit consécutive à la présence d'un calcul. On constatait alors l'existence d'une tumeur, qui, donnant lieu à un léger suintement, était seule en cause et permettait d'expliquer le phénomène : l'urine balayait pour ainsi dire le canal, entraînant son produit de sécrétion morbide, et dans les intervalles de la miction, les femmes s'apercevaient que leur linge était plus ou moins humecté. D'autres malades perdent avec leurs urines une certaine quantité de sang, rarement assez considérable pour leur communiquer une teinte rosée, mais formant au fond du vase un léger dépôt constitué par des globules. Cet écoulement sanguin, en dehors de la miction, est un phénomène fréquent qu'on trouve signalé dans un grand nombre d'observations.

D'habitude peu abondant, il arrive spontanément ou à la suite d'une pression quelconque : c'est ainsi que les femmes s'en aperçoivent dans le coït ou après la marche ; souvent le médecin détermine une légère hémorrhagie en pratiquant l'examen local. Les tumeurs papillaires sont celles qui présenteraient le plus souvent ce phénomène, sur lequel nous aurons l'occasion de revenir en parlant du traitement. On devra s'assurer autant que possible que le sang vient du canal de l'urèthre : car si l'on s'en rapportait uniquement aux appréciations des malades, on

serait porté à supposer une légère métrorrhagie et l'on instituerait le traitement d'une maladie de matrice hypothétique.

DIAGNOSTIC.

Le diagnostic des tumeurs de l'urèthre comporte un certain nombre de divisions : il faut en reconnaître d'abord l'existence ; puis, en spécifier la nature, la malignité ; les distinguer enfin des affections qui peuvent les simuler.

Si dans la majorité des cas, le diagnostic s'impose par l'ensemble des signes physiques et fonctionnels, il n'est cependant pas toujours facile de l'établir nettement : nous donnons ici quelques observations montrant à quels écarts ont entraîné parfois, des notions mal assises et insuffisantes.

Observation XVI.

Tumeur du méat urinaire chez une femme, donnant lieu à des symptômes d'une maladie de l'utérus ; excision, guérison rapide (Journal de Chirurgie de Malgaigne, t. XVII, p. 115.)

T... (Rosalie), âgée de 48 ans, culottière, entra à l'hôpital Saint-Louis, le 22 janvier 1846. Douée d'une constitution robuste et d'un tempérament sanguin, elle n'avait jamais été malade jusqu'à l'âge de 43 ans, où les règles se supprimèrent. Depuis cette époque étaient survenus des pesanteurs de tête, des vertiges revenant par intervalles, sans relations d'ailleurs avec son affection actuelle.

Un an après la cessation des règles, c'est-à-dire, il y a quatre ans, des douleurs se firent sentir pour la première fois aux environs de la vulve, près du méat urinaire ; la malade y éprouvait une sensation de piqûre ou de cuisson très-pénible qui s'exaspérait par la marche, mais surtout par l'émission des urines ; alors les douleurs étaient si

fortes que la malade restait parfois des journées entières sans oser uriner ; elles diminuaient quand elle était couchée. En même temps, elle ressentait des tiraillements douloureux dans les reins, à l'hypogastre et dans les cuisses.

Peu à peu, les besoins d'uriner devinrent plus fréquents ; l'urine sortait quelquefois toute seule, sans que la malade pût la retenir ; ce liquide était habituellement rouge et épais. Enfin, la malade ayant porté la main au siége du mal, rencontra, en avant de l'entrée du vagin, une tumeur, d'un petit volume, très-douloureuse au toucher, qui d'ailleurs ne versait jamais de sang. Elle la garda pendant deux ans sans y opposer autre chose que des bains de siége et des lotions d'eau de guimauve, ce qui la soulageait un peu. Enfin, lassée de souffrir, elle alla à la consultation de Lisfranc, à la Pitié. Lisfranc appliqua le spéculum, et, négligeant la petite tumeur que la malade lui montrait, lui fit pratiquer sur le champ une saignée de huit onces, puis lui remit sa prescription banale : trois bains par semaine, tisane de saponaire, pilules de ciguë, frictions sur les aines avec une pommade jaune (iodure de plomb, probablement).

Tous les quinze ou vingt jours, elle retournait à la consultation, où chaque fois une saignée de 4, 8, 12 onces était pratiquée. Trente saignées furent ainsi pratiquées dans l'espace de dix-huit mois ; après quoi, suivant son récit, Lisfranc la déclara guérie.

Cependant la tumeur n'avait point disparu, et les douleurs qui l'accompagnaient persistaient aussi. Une attaque d'apoplexie, suivie de paralysie, en détourna pendant plusieurs mois son attention ; mais lorsqu'elle fut un peu rétablie, elle alla voir un médecin qui cautérisa la tumeur, mais avec des douleurs telles qu'elle ne voulut plus recommencer. On lui conseilla alors d'en faire l'extirpation, et, après de longues indécisions, elle se décida à aller à Saint-Louis.

Le 24, au matin, l'examen des parties génitales fait constater à l'entrée du méat urinaire et à la partie inférieure de ce méat une petite excroissance charnue, molle, du volume d'un gros pois, tranchant sur es parties voisines par sa coloration d'un rouge vif, et adhérant fortement à la muqueuse ; toutes les autres parties des organes génitaux

à l'état sain. Ce petit polype est excisé avec des ciseaux courbes ; il s'écoule une quantité assez notable de sang, mais cet écoulement cesse au bout d'une demi-heure.

Dès le lendemain même, la malade se trouva tout-à-fait soulagée, et le 29, elle sortit complètement guérie. Les urines s'écoulaient sans aucune douleur ; leur émission était moins fréquente, la malade les retenait aisément ; leur couleur même avait changé, et, de troubles et rougeâtres, elles étaient devenues tout-à-fait claires. Les tiraillements dans les reins, les cuisses et l'hypogastre, avaient disparu.

M. Barthez (*journal hebdomadaire*, 1836), rapporte que Velpeau eut l'occasion de redresser plusieurs erreurs de diagnostic qui avaient conduit à un traitement différent de celui qui convenait pour cette circonstance.

M. Yvan lui présenta une dame qui souffrait depuis plusieurs années, des parties génitales externes, et qui avait subi toutes sortes de traitements pour des maladies autres que la sienne. On lui avait fait plusieurs cautérisations sur le col de l'utérus, et personne n'avait songé à l'examiner à l'intérieur de l'urèthre, qui contenait un polype.

On lui adressa également une autre dame comme étant atteinte d'une maladie de matrice, pour laquelle on la traitait depuis quinze ans ; à un examen plus attentif, on reconnut, comme unique maladie, un polype de 9 lignes de long.

Enfin, M. Velpeau fut encore appelé auprès d'une dame qui souffrait de l'urèthre depuis longtemps, qui éprouvait en même temps des pesanteurs au bas-fond de la vessie, au rectum, à la matrice ; elle portait dans l'urèthre une tumeur qui pouvait avoir le volume d'un œuf, consistante, d'un rouge livide, et ayant énormément distendu l'urèthre.

Si les signes fonctionnels font défaut, le diagnostic est

impossible : la tumeur est reconnue par hasard, à l'occasion d'un examen pratiqué pour constater l'état du col utérin. Il faut donc chercher à s'assurer de la conformation normale du veru-montanum et du méat ; en même temps presser sur la colonne antérieure du vagin pour s'enquérir s'il n'y existe pas de production anormale ; on n'oubliera jamais l'importance de reconnaître ces tumeurs cachées, indolentes qui peuvent donner lieu brusquement à des symptômes pénibles qu'on eût pu conjurer.

D'autres fois, le récit des malades, conduit à supposer qu'il existe quelque trouble du côté des organes génitaux. Dans les cas les plus nets, une douleur vive, paroxystique au moment des efforts et surtout du coït, ou bien la sensation d'un corps étranger, une pesanteur, des tiraillements, un léger écoulement sanguin peuvent donner à supposer qu'il existe un polype douloureux ; et même, malgré ces signes, on a d'abord songé à s'enquérir de l'état du col et du vagin ; on arrive donc à l'examen local et alors, ou la tumeur est facilement reconnue, ou bien, en l'absence de lésions suffisantes au col, on explore le canal de l'urèthre en commençant par le méat. On peut arriver à poser le diagnostic d'emblée pour ces papillômes douloureux qui plongent les femmes dans un état d'éréthisme complet.

C'est surtout par les troubles de la miction qu'on pourrait poser un jugement convenable : et on ne comptera pas tant sur les douleurs qui accompagnent l'expulsion et qui sont dues le plus souvent au passage de l'urine sur une tumeur excoriée que sur les troubles mécaniques apportés par la présence du néoplasme.

Quoi qu'il en soit de tous ces signes et de leurs variétés

multiples, on ne doit leur attacher de valeur qu'autant qu'ils peuvent mener à un examen local plus complet, lequel portera sur toute la longueur de l'urèthre.

Si la tumeur occupe le méat, tantôt elle fait saillie dans l'intervalle des petites lèvres : on la distingue aisément; tantôt il faut écarter les nymphes pour l'apercevoir : on cherche alors à en reconnaître tous les caractères physiques que nous avons énumérés. On est souvent forcé d'écarter les parois du canal pour distinguer son point d'implantation. Lorsqu'elle est contenue dans l'intérieur de l'urèthre, on y enfonce une sonde ou un stylet; il n'est pas rare qu'on éprouve des difficultés assez sérieuses pour pratiquer le cathétérisme, tant à cause de l'éréthisme du méat, que du spasme de la tunique musculaire, et de l'obstacle apporté par la tumeur à l'introduction de la sonde. Si l'instrument arrive au col vésical sans éprouver d'arrêt, on en conclut à la perméabilité du calibre uréthral; dans le cas contraire, la profondeur à laquelle il rencontre une barrière permet de préciser le siége de la tumeur. Lorsqu'il existe au méat des bourrelets hémorrhoïdaux, on trouverait d'après M. Richet un rétrécissement spasmodique vers la partie moyenne du canal. Nous avons insisté sur la rareté de ce symptôme, en dehors des faits exposés par M. le professeur Richet. Quelquefois même il sera possible d'introduire le doigt et de juger ainsi directement et plus sûrement qu'avec un instrument même habilement dirigé.

Le toucher vaginal permettra de reconnaître si les parois de l'urèthre sont épaissies, hypertrophiées, s'il existe cette saillie cylindrique remontant vers le col qu'on retrouve

dans les stases veineuses prolongées, et dans les inflammations du tissu cellulaire péri-uréthral.

Les différents états morbides qu'on pourrait confondre avec les tumeurs de l'urèthre sont :

1° Les végétations;

2° Le prolapsus de la vessie ;

3° Les polypes de la vessie ;

4° Les calculs vésicaux.

On pourrait croire également à des névralgies, à des hémorrhagies utérines, à un simple rétrécissement de l'urèthre.

L'aspect des végétations ne pourrait servir exclusivement au diagnostic, car il varie à l'infini. Toutefois les tumeurs qui portent ce nom sont inégales, déchiquetées, parcourues de sillons qui les divisent en segments irréguliers. Tantôt leur surface est framboisée, tantôt elles partent d'un pédicule qui se ramifie en branches nombreuses comme un chou-fleur ; ou bien elles sont inégales, découpées en franges, festonnées comme des crètes de coq.

En général multiples, elles ne siégent au pourtour du méat que par exception ; rarement limitées en un point, elles sont disséminées tant sur les grandes lèvres que du côté de la fourchette.

Les tumeurs de l'urèthre sont rarement au nombre de deux ou trois ; le plus souvent il n'en existe qu'une seule ; leur coloration est plus rouge, plus foncée ; la paroi postérieure du canal est leur siége de prédilection ; quand elles sont lobulées elles n'offrent pas cet aspect déchiqueté des végétations.

Prolapsus vésical. — Percy cite un cas dans lequel

une hernie de la muqueuse vésicale fut prise pour un polype de l'urèthre.

Quand la tumeur se présente au méat, elle est petite, régulière, entourée circulairement par l'orifice de l'urèthre ; on la contourne librement sur son pourtour ; enfin il n'existe sur sa partie médiane aucun orifice que pourrait faire supposer le renversement de la muqueuse uréthrale.

La surface n'est pas lisse, mais ridée, avec des stries transversales, et des rugosités.

De consistance élastique, elle se réduit facilement et remonte graduellement et en masse vers le col vésical.

La difficulté d'interprétation serait plus grande, si la tumeur n'arrivait pas jusqu'au méat : il serait toutefois possible de la réduire, caractère qu'on ne retrouverait pas pour les tumeurs de l'urèthre.

Polypes de la vessie. — Ces tumeurs s'accompagnent parfois de pertes de sang en dehors ou au moment de la miction, et de douleurs assez vives par l'irritation qu'elles causent au col de la vessie ; elles sont très-rares et se révèlent par un signe qui manque peu, c'est-à-dire par l'arrêt brusque du jet d'urine, comme dans les cas où un calcul vient obturer l'orifice vésical.

Le cathétérisme permettra de reconnaître si le canal est perméable dans toute sa longueur, et si les signes d'une cystite avec hématurie doivent être rapportés à une tumeur du canal....

Il sera difficile de porter un diagnostic dans l'hypothèse d'une tumeur qui franchirait le col à la seconde période de son développement, comme dans l'observation de Warner.

Calculs vésicaux. — Si les troubles de la miction, les douleurs profondes vers le bas-fond de la vessie, les pissements de sang ont pu faire supposer qu'il existe une pierre dans le réservoir de l'urine, le cathétérisme est le seul moyen de trancher la difficulté : s'il ne suffit pas toujours à décéler la présence d'un calcul, il ne pourrait manquer de faire percevoir d'une façon certaine un produit morbide intra-uréthral.

Si l'on a recours à l'examen local il sera quelquefois très-difficile de se prononcer et le traitement oscillera sur une base incertaine.

Du reste, ce que nous disons au sujet des calculs de la vessie peut se rapporter au même titre aux manifestations névralgiques si fréquentes et de formes si variées chez la femme.

Il faudra de toute nécessité recourir à l'exploration directe pour éviter toute chance d'erreur et reconnaître la source du mal. C'est ainsi que dans les cas où les malades accusent de légères pertes de sang, qu'on est loin de rapporter à l'urèthre de prime abord, on pourra écarter l'idée d'une hémorrhagie utérine.

Un polype caché profondément dans l'urèthre peut être l'occasion d'un léger écoulement par le méat ; en même temps, par le toucher vaginal, on perçoit une certaine sensation de résistance sur la nature de laquelle on serait induit en erreur, si l'on songe que le chancre de l'urèthre, observé rarement, il est vrai, donne lieu aux mêmes phénomènes. Il faudrait le tact exercé d'un praticien consommé pour se prononcer sur l'induration chancreuse dans cette région, de sorte qu'il faut s'en rapporter aux

troubles de la miction d'abord, et procéder ensuite à un cathétérisme explorateur pour affirmer que le canal uréthral n'est pas occupé par une tumeur.

Nous n'insisterons pas sur la présence d'un chancre au méat urinaire : les bords de l'orifice sont largement écartés, béants ; si les bords sont un peu tuméfiés, la lésion tire son caractère principal de l'ulcération qui s'accompagne du reste des autres accidents syphilitiques qu'on ne doit jamais négliger de rechercher.

Il existe une tumeur de l'urèthre : à quelle variété doit-on la rapporter ?

Nous avons décrit les signes qui caractérisent spécialement l'hypertrophie de la muqueuse et son prolapsus.

Dans le premier cas, c'est au niveau de la partie inférieure du raphé qu'existe la lésion à son début, lésion portant sur toutes les couches à la fois, se continuant sans interruption avec le plan de la muqueuse, tendant à envahir la circonférence du méat d'arrière en avant, lui donnant un aspect cordiforme tout spécial, qu'il faut bien se garder de confondre avec la saillie normale du veru-montanum.

Le prolapsus ressemble à la chute du rectum : c'est une tumeur régulière, avec un orifice central ; se réduisant avec assez de facilité, et se rencontrant dans la grande majorité des cas chez les jeunes filles, ou chez les femmes faibles, d'un tempérament lymphatique.

Les tumeurs papillaires, petites, rouges, assez dures, s'insèrent sur le bord postérieur, et donnent lieu à des douleurs parfois intolérables ; il en existe quelquefois plusieurs, sur des parois différentes ; elles coïncident avec l'âge moyen de la vie.

Les tumeurs papillaires malignes où prédominent les cellules embryonnaires, se rencontrent surtout à un âge avancé ; elles sont également douloureuses et leur caractère essentiel est tiré de leurs récidives fréquentes.

Les tumeurs développées aux dépens des follicules ont un siége plus reculé, le centre ou la profondeur du canal ; elles arrivent à un volume plus considérable, ressemblent aux polypes muqueux d'autres régions et donnent lieu à des troubles urinaires d'autant plus marqués que leur masse prend davantage d'extension.

Les tumeurs vasculaires, généralement sessiles, serpentent sur la périphérie du méat sous forme de franges violacées, irrégulières. Très-douloureuses, elles subissent des alternatives de turgescence et d'affaissement, soit aux époques menstruelles ou pendant la grossesse, soit après la marche ou les efforts ; souvent accompagnées d'un spasme du canal qui peut donner lieu à une rétention d'urine ou à la dysurie, elles se rencontrent concurremment avec les bourrelets hémorrhoïdaux de l'anus. Que leur épithélium vienne à se détruire, la douleur affecte la forme paroxystique, et prend les caractères des crises fissuriques; on trouve souvent dans ces cas un point douloureux en pressant le fond de la paroi antérieure du vagin contre la symphyse.

On reconnaîtra les tumeurs cancéreuses aux douleurs lancinantes, à l'écoulement d'une sérosité roussâtre, louche, d'odeur fétide, à l'induration de la couche sous-jacente des tissus qu'elles occupent ; leur marche est rapide, fatale, et les accidents de cachexie se montreront à leur phase ultime ; tandis que les tumeurs uréthrales des autres variétés ont

une marche chronique et n'affectent l'état général qu'en raison des douleurs auxquelles elles donnent lieu.

Nous avons dit que l'esthiomène rongeant, envahissant en profondeur, débute très-rarement par le méat : l'ulcération ne tarde pas à se produire, envahissant les tissus sous-jacents ; enfin le lupus génital coïncide avec la diathèse strumeuse dont on retrouve les différents caractères.

PRONOSTIC.

Tandis qu'un certain nombre de tumeurs de l'urèthre peuvent passer inaperçues toute la vie, d'autres se révèlent à l'occasion d'un examen pratiqué pour une affection de l'utérus ou du vagin ; leur évolution n'entraîne donc par elle-même aucune gravité.

Ces faits sont les plus rares ; plus exceptionnellement encore on observe la guérison spontanée. Dans sa thèse de concours, Gerdy mentionne l'observation de Spolderer au sujet d'un polype de l'urèthre qui tomba de lui-même, et fut entraîné par les urines.

Le plus souvent, on est forcé d'avoir recours soit à une médication topique, soit à une opération, tant à cause des douleurs, que des écoulements sanguins et des troubles de la miction. Ce sont du reste ces manifestations qui aggravent le pronostic si l'on hésite sur leur cause véritable, si l'on n'arrive à connaître exactement la source du mal qu'au bout d'un temps plus ou moins long, comme nous l'avons montré dans les observations de Larcher.

Les tumeurs du centre du canal s'accompagnent plus fréquemment de troubles urinaires. Ceux-ci peuvent même

persister après l'ablation (Observation IX) ; elles peuvent nécessiter un manuel opératoire plus compliqué, si l'on est forcé comme dans le cas de Demarquay, de fendre la paroi postérieure du canal.

Un grand nombre de ces tumeurs sont sujettes à récidiver ; celles qui surviennent à un âge avancé, et dans lesquelles prédominent les cellules jeunes, embryonnaires, présentent ce caractère au premier chef. Le plus souvent, la récidive a lieu sur place. Maisonneuve en cite un exemple, chez une femme de 28 ans : la tumeur n'a pas reparu après une seconde opération (*Gazette médico-chirurgicale*, mai 1846).

Ces récidives ont pu entraîner la mort : une femme de cinquante ans opérée par Riberi (1844) succomba après avoir vu la tumeur se reproduire : c'était un épithéliôma. Rizzoli opéra une femme de 53 ans qui mourut dans les mêmes conditions : le foie présentait un foyer cancéreux. L'opération n'a donc pas donné de bons résultats dans l'épithéliôma. Césare Bursi a cependant obtenu une guérison chez une femme de 36 ans.

Les tumeurs vasculaires guérissent généralement bien. M. Richet ne cite pas d'insuccès ; William Roe a obtenu 4 guérisons sur 4 cas. Toutefois, en ce qui concerne les hémorrhoïdes uréthrales, le spasme violent dont elles s'accompagnent, la rétention d'urine consécutive, et surtout les douleurs comme fissuriques, les rendent insupportables; comme les autres tumeurs douloureuses, elles peuvent s'accompagner d'accidents nerveux qui en aggravent encore le pronostic et doivent déterminer le praticien à en faire l'ablation.

Velpeau, A. Forget, prétendaient que ces tumeurs peuvent dégénérer : on n'en cite pas d'exemples. D'après Ménetrez, cette transformation peut exister comme au vagin, au nez, à l'utérus, au rectum, etc...

Nous ne terminerons pas sans insister sur l'importance diagnostique et pronostique de la constatation d'une tumeur de l'urèthre au point de vue médico-légal : à ce sujet nous citerons les deux observations suivantes.

Observation XVII (Larcher).

Dans le courant de 1838, M. Rufz est prié par les parents d'examiner une petite fille de 8 à 10 ans, de constater qu'elle avait été violée et de certifier la chose par écrit. M. Rufz reconnut une fongosité rougeâtre, établie en entonnoir, qui avait son origine au pourtour de l'urèthre. Cette fongosité avait saigné récemment. Cette petite fille avait été vue répandant des pleurs au moment où elle sortait d'un bateau à charbon : les parents voulant en savoir la cause, elle indiqua la partie inférieure du tronc, où elle souffrait, et qui était le siége d'un écoulement sanguin. Aussitôt de regarder, et bientôt on a hâte de ramasser des certificats pour amener une procédure criminelle.

Le coupable n'était qu'un morceau de bois contre lequel probablement la petite fille s'était heurtée.

Observation XVIII (Dollez).

Le 29 janvier 1866, mon père était requis judiciairement pour visiter, à l'hôpital de Guise, la nommée Rose V..., veuve L..., âgée de 70 ans, laquelle s'était plainte d'un attentat à la pudeur commis avec violence sur sa personne.

J'accompagnais mon père dans cette visite. Cette femme, interrogée par nous, racontait que quelques jours auparavant, un de ses voisins s'était précipité sur elle lorsqu'elle était au lit, en cherchant à la violer. Elle avait résisté de toutes ses forces, mais ne pouvait préciser davantage la nature des violences dont elle avait été victime.

Examinant ensuite les organes génitaux, mon père appela de suite mon attention sur une production charnue assez volumineuse qui siégeait au méat et occupait une partie de la vulve. Cette tumeur était trilobée ou plutôt c'étaient trois tumeurs différentes implantées sur des pédicules distincts : deux sur les parties latérales de l'urèthre, la troisième sur la partie inférieure et postérieure.

Toutes trois étaient rouges, violacées, turgides : la troisième surtout descendait jusque devant l'entrée du vagin. Ces tumeurs étaient peu douloureuses, mais saignaient facilement au contact ; mais cependant les linges de cette femme ne portaient aucune trace de sang. Ce fait, ainsi que l'absence des autres signes de viol, permit d'écarter l'idée de viol consommé et de conclure à une simple tentative.

TRAITEMENT.

La guérison spontanée comme l'a vue Spolderer est un fait exceptionnel dans l'histoire des tumeurs de l'urèthre : il est donc indispensable d'agir localement pour en amener la disparition, et de choisir entre des applications topiques ou une opération.

Parmi les premières, presque toutes les substances astringentes et caustiques ont été vantées et rejetées tour-à-tour : il est cependant un certain nombre de moyens que le praticien peut employer lorsqu'il a affaire à des malades nerveuses et pusillanimes.

M. Larcher, et Vidal (de Cassis) ont obtenu quelques succès par la méthode d'*exsiccation* qui consistait simplement dans l'application d'une poudre desséchante sur la tumeur : Clarke emploie à parties égales la poudre de sabine et le sulfate de cuivre ; la poudre de Carru contient les mêmes proportions de poudre de sabine et de sulfate.

d'alumine. On pourrait toujours les essayer dans les cas de productions situées à l'extérieur de l'urèthre, et la temporisation permettrait d'arriver graduellement à faire accepter une intervention plus active.

Clarke insiste beaucoup sur les applications d'eau chaude : d'après M. Dupin, il faudrait rejeter cette pratique du traitement des végétations hémorrhoïdales, à cause de la dilatation vasculaire qu'elle amène à sa suite. Il n'en est pas moins vrai que c'est un bon moyen dans tous les autres cas ; il a le double avantage d'être facile à exécuter, et de calmer considérablement les douleurs, et la tension vulvaires.

Mme Boivin et Dugès, Sir James ont retiré de bons résultats de l'emploi d'une bougie à demeure : ce moyen n'est plus guère usité ; on a également enduit les bougies de substances médicamenteuses destinées à diminuer l'irritation locale.

Depuis Wardrop, quelques chirurgiens ont cherché à provoquer l'inflammation de la tumeur, comptant sur sa chute spontanée à la suite de cette perturbation dans la vitalité de ses éléments. Dans le cas de Wardrop, il s'agissait d'une dame portant une tumeur uréthrale : elle eut des couches difficiles pondant lesquelles la tête subit une compression considérable : la tumeur s'escharifia et disparut (The Lancet 1828, t. I, p. 784).

Parmi les substances caustiques, nous citerons comme étant les plus employées, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, la teinture d'iode, l'acide chromique. Sir Arthur W. Edis conseille beaucoup les cautérisations des tumeurs vasculaires avec ce dernier acide ; à cet effet

il enroule autour d'un petit bout de bois un morceau de coton, le trempe dans le liquide, et l'exprime contre la tumeur ; on a soin de protéger les parties saines avec du coton cardé, imbibé de bicarbonate de soude ; ce sel peut être également choisi pour neutraliser l'excès d'acide. Deux applications, à huit jours d'intervalle sont en général, suffisantes. Le même chirurgien signale l'acide phénique cristallisé ou en solution saturée, comme pouvant remplir le même but : détruire la tumeur avec succès et sans danger (*The British médical journal.* 4 avril 1874).

Dans la majeure partie des cas, lorsque la pusillanimité des malades n'est pas un obstacle invincible, c'est à une opération radicale qu'on doit recourir.

Un grand nombre de procédés ont été ou sont encore mis en usage ; tels sont : la ligature, l'arrachement, la torsion avec arrachement, la torsion suivie de la cautérisation, l'excision seule ou combinée à la cautérisation, l'écrasement et le galvano-cautère.

La *ligature* n'est plus guère en usage ; on la pratique soit avec des fils de différentes substances, soit au moyen de l'anse d'un serre-nœud, en tâchant de saisir le pédicule à son origine.

« L'*observation*, dit M. Guérin, démontre que par cette méthode, on n'extirpe pas le mal dans sa racine et que bientôt le polype se reproduit. »

On peut la faire brusquement lorsqu'il s'agit d'éteindre la vitalité d'une tumeur, ou graduellement dans les autres cas ; cette dernière méthode est plus longue et très-douloureuse ; on est souvent obligé de la faire suivre d'une cautérisation.

L'*excision* simple a donné de bons résultats, principalement dans les cas de tumeurs hypertrophiques, de tumeurs papillaires bénignes ; mais il est bien préférable, pour éviter les récidives, d'y joindre la cautérisation. Le manuel opératoire est peu compliqué ; la tumeur est attirée avec des pinces de manière à faire saillir son point d'implantation, qu'elle soit sessile ou pédiculée, et avec des ciseaux courbes sur le plat, d'un seul coup, on retranche la partie saillante, de manière à enlever un peu de la base de la tumeur. On promènera pendant quelques instants un crayon de nitrate d'argent sur la plaie, ce qui suffit en général pour arrêter l'écoulement de sang.

Dans le prolapsus, il est bon d'enlever une bande circulaire de la muqueuse, puis de cautériser au nitrate d'argent ; c'est le moyen préconisé par Courty, Paolo Malgo, etc. Toutefois l'excision simple réussit bien (Obs. de Sernin).

Dans certains cas où le pédicule était assez long, on a fait précéder l'excision de la torsion de ce pédicule, qui se pratique aisément avec des pinces. Wiliamm Roe a guéri deux tumeurs vasculaires de l'urèthre par la torsion suivie d'une cautérisation avec l'acide azotique. Voici quel mode de traitement a adopté M. Richet pour amener la guérison des tumeurs dites hémorrhoïdales. Le point de départ de sa méthode consiste dans l'insuffisance des excisions au point de vue du rétrécissement du canal, lequel serait toujours antérieur à l'opération. L'illustre professeur affirme avoir guéri toutes ses malades par l'uréthrotomie et par la dilatation. Il commence par saisir la muqueuse, avec une pince à griffes, à la profondeur de 1 centimètre ; puis, excisant le pli muqueux à sa base avec tout le bour-

relet, il répète cette opération sur la paroi supérieure ; on procède ensuite à la dilatation de l'urèthre au moyen du dilatateur préputial de Thibault qu'on introduit au niveau du rétrécissement où l'on pratique la divulsion, en ramenant graduellement l'instrument d'arrière en avant. — Le doigt juge ensuite s'il n'existe plus ni tumeur, ni rétrécissement. M. Richet obtient ainsi deux bandes de tissu cicatriciel occupant toute la longueur du canal, et qui, par leur rétraction, rapprochent suffisamment les deux ponts de muqueuse, pour que le calibre ne soit pas retréci et garde une dimension suffisante pour ne pas entraver le passage de l'urine.

M. le professeur Richet a guéri toutes ses malades par ce procédé que nous conseillons donc comme très-efficace dans les cas analogues, c'est-à-dire dans les tumeurs hémorrhoïdales avec spasme uréthral. Mais, faisant plus de réserves que M. Dupin dans sa thèse, nous engageons l'observateur impartial à se garder d'un jugement préconçu, et à faire une part bien plus large à toutes les autres tumeurs de l'urèthre, qui se manifestent par des douleurs, des suintements de sang, et s'accompagnent tout autant de dilatation que de spasme du canal uréthral.

Quelques praticiens ont retiré des avantages de l'écrasement linéaire ; on pourra le préférer quand on aura la présomption de tomber sur une tumeur très-vasculaire.

Ces dernières années, l'emploi des appareils thermo-électriques a été substitué à l'instrument tranchant et à l'écraseur dans un grand nombre d'opérations.

M. le professeur Trélat en préconise l'emploi dans les tumeurs qui nous occupent et en règle le manuel opératoire :

on devra s'attacher à obtenir une constriction tout en produisant l'effet graduel de cautérisation : l'épaisseur du fil variera entre 1 millimètre, et 1 millimètre 5.

Ces différents moyens, applicables assez facilement aux tumeurs du voisinage du méat, ont été parfois remplacés par des opérations bien plus graves, lorsque les tumeurs occupaient la profondeur de l'urèthre. Demarquay (Gazette des hôpitaux, 6 décembre 1855), en incisa la paroi postérieure chez une vieille femme, et put enlever le mal en totalité. Riberi, poussant plus loin l'audace opératoire, pratiqua l'excision complète de l'urèthre : la grande difficulté fut de détacher celui-ci près du col, à cause du sang qui masquait l'opération ; après avoir introduit une sonde dans la vessie, il tamponna le vagin pour s'opposer aux hémorrhagies. Une incontinence d'urine fut le seul accident consécutif, et au bout de 28 jours, la malade était guérie. Les parois du vagin se rapprochèrent, il se forma un nouveau canal de l'urèthre avec un nouveau méat.

(Archives génér. de médecine. t. XIII. 4me série, page 119).

M. Simonin, dans une communication faite à la Société de médecine de Nancy (*Mémoires de la Société de médecine de Nancy*. — 1871-72, page 218) et ayant pour titre : « *Innocuité, utilité de l'extrême et rapide dilatation de l'urèthre chez la femme* », établit par des faits, qu'on doit préférer la dilatation du canal à l'incision de sa paroi postérieure. — Il l'a faite une fois à l'occasion d'un polype de l'urèthre, et pour en pratiquer l'examen; il l'a produite sans douleur, et de plus, elle n'a pas provoqué d'incontinence. — Nous signalons donc les services que pourra donner la

dilatation de l'urèthre, lorsque des tumeurs profondes sont inaccessibles par tout autre moyen, et nous laissons à d'autres de juger si le procédé doit être préféré chez toutes les malades, tant pour l'examen de l'urèthre que pour celui de la vessie. (Voir: *Hergott, professeur à la faculté de Nancy. Nouveaux moyens de diagnostic et de traitement des maladies de la vessie chez la femme. Annales de Gynécologie. janvier* 1876.

Les règles de la dilatation sont exposées dans le travail récent de M. Maurice Longuet, interne des hôpitaux, publié dans les annales de Gynécologie (1875).

Les accidents consécutifs à l'opération ont été déjà notés dans le cours de cette étude : ce sont les troubles de la miction, et en particulier l'incontinence d'urine, qui n'arrive qu'après des ablations de tumeurs volumineuses ; les observations sont bien plus nombreuses qui montrent un soulagement immédiat, dans les cas de dysurie ou de ténesme.

Des hémorrhagies assez graves ont pu mettre la vie des malades en danger : dans un cas rapporté par M. Forget, le sang reflua dans la vessie : on dut comprimer contre la symphyse le point correspondant à la plaie.

Observation XIX (de Forget. — *Bulletin de thérapeutique*, 1843).

En 1837, j'avais assisté Lisfranc dans une excision d'un très-petit polype qu'il fit à la femme d'un de nos confrères. Une heure environ après l'opération, cette femme fut prise d'une syncope. Appelés en toute hâte, nous la trouvons pâle, le pouls faible. Nous la découvrons dans la pensée qu'une hémorrhagie était seule capable d'avoir produit des accidents de cette nature; il n'y avait aucune

trace de sang dans le lit, l'hémorrhagie avait cependant eu lieu, mais à l'intérieur de l'urèthre; versé à la surface de ce conduit, le sang avait reflué dans la vessie qui avait pris un développement considérable.

Dans ce cas, il suffit de comprimer le canal de l'urèthre avec un doigt porté sous la symphyse. C'est ce que je fis, et les accidents se dissipèrent.

Le plus souvent, l'opération ou se fait sans écoulement sanguin, ou n'est suivie que d'une légère perte assez facile à arrêter par la cautérisation au nitrate d'argent. On évitera d'employer le fer rouge de crainte d'amener un rétrécissement consécutif.

Si l'écoulement persiste, on a recours à la compression. Ou bien on laisse à demeure une grosse sonde dans l'urèthre; ou l'on exerce une compression digitale contre le pubis au moyen des doigts introduits dans le vagin; ou bien enfin on tamponne l'entrée de ce canal, de façon à remplacer en quelque sorte la pression digitale par une action mécanique persistante et dirigée dans le même but.